

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

ГУДИМЕНКО Я. А.

врач общей практики – семейный врач

*Коммунальное учреждение «Днепропетровский центр первичной
медико-санитарной помощи № 8»*

ЧЕРНИЛОВСКИЙ А. В.

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры семейной медицины
факультета последипломного образования*

Днепропетровская медицинская академия

Министерства здравоохранения Украины

г. Днепр, Украина

Цель обследования: особенности профилактики больных с наличием пролежней.

Определение. *Пролежни* – это дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавления, сдвига или трения из-за нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

Внутренние факторы риска

Обратимые: истощение;ограничение подвижности; анемия; недостаточность употребления протеина, аскорбиновой кислоты; обезвоживание;гипотензия; недержание мочи и/или кала; неврологические расстройства (сенсорные, двигательные); нарушение периферического кровообращения; истонченная кожа; беспокойство; спутанное сознание; кома. Необратимые: старческий возраст.

Внешние факторы риска

Обратимые: плохой гигиенический уход;складки на постели и/или нательном белье;поручни кровати;средства фиксации пациента;травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости;повреждения спинного мозга; неправильная техника перемещения пациента в кровати;применение цитостатических лекарственных средств.Необратимые: обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более двух часов.

Материалы и методы обследования: Под наблюдение в ДЦПМСД № 8 в период с 2015-2016 гг. с диагнозом пролежни разного генеза находилось 50 человек: мужчин – 6 человек(12%), женщин – 44(88%) человека. Средний возраст: женщин – 80 лет, мужчин – 76 лет.

ОНМК – 14 пациент (28%).

Инвалид детства, перелом позвоночника – 1пациент (2%).

ХИБС.ГБ 2. Лежащая больная – 15 пациентов (30%)

Онкологические больные – 10 пациента (20%)

ХИБС.ГБ 2. Перелом шейки бедра. Лежащая больная – 10 пациента (20%).

Зоны повышенного риска

1. Лежа на спине: большие пальцы ног, пятки, крестец, позвоночник, локти, лопатки, затылок.

2. Лежа на боку: лодыжка, колено, бедро, плечо, ухо.

Клинические проявления пролежней:

1. Красное пятно на коже, которое не проходит. Красное пятно на коже с жестким ободком по краям красноты.

2. Содранная кожа.

3. Влажное повреждение кожи с образованием гноя.

4. Повреждение кожи со многими расплывающимися и сухими некротическими участками кожи.

5. Поражение кости.

Результаты и методы обследования.

Степень риска возникновения пролежней определяется по шкале Ватерлоу:

Телосложение: масса тела относительно роста	балл	Тип кожи	балл	Пол, возраст, лет	балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1
Выше среднего	1	Папирусная бумага	1	Женский	2
Ожирение	2	Сухая	1	14-49	3
Ниже среднего	3	Отечная	1	50-64	2
		Липкая (повышенная температура)	1	65-74	3
		Изменение цвета	2	75-81	4
		Трещины, пятна	3	более 81	5
Особые факторы риска	балл	Недержание	балл	Подвижность	балл
Нарушение питания кожи,	8	Полный контроль/ через катетер	0	Полная	0
например,		Периодическое	1	Беспокойный,	1
терминальная кахексия	5	Через катетер/ недержание кала	2	суетливый	2
Сердечная недостаточность	5	Кала и мочи	3	Апатичный	3
Болезни периферических сосудов				Ограниченная подвижность	4
Анемия	2			Инертный	5
Курение	1			Прикованный к креслу	
Аппетит	балл	Неврологические расстройства	балл	Лекарственная терапия	балл
Средний	0	Например, диабет,	от 4	Цито статические препараты	4
Плохой	1	множественный склероз, инсульт,	ДО	Высокие дозы стероидов	4
Питательный зонд/только жидкости	2	моторные/сенсорные, паралич	6	Противовоспалительные	4
Не через рот/ анорексия	3				

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются и степень риска определяется по следующим итоговым значениям: нет риска: 1–9 баллов, есть риск: 10–14 баллов, высокая степень риска: 15–19 баллов, очень высокая степень риска: свыше 20 баллов. У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1–9 баллов.

Клиническая картина и особенности диагностики.

1 стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

2 стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

3 стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

4 стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Общие подходы к профилактике семейным врачом

Профилактические мероприятия должны быть направлены на: уменьшение давления на костные ткани; предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении («сползание» с подушек, положение «сидя» в кровати или на кресле); наблюдение за кожей над костными выступами; поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной); обеспечение пациента адекватным питанием и питьем; обучение пациента приемам самопомощи для перемещения; обучение близких.

Алгоритм профилактики пролежней: своевременная диагностика риска развития пролежней; своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий; адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в т.ч. по уходу.

1. Уменьшение давления на костные ткани: распределение давления при лежании на твёрдом матрасе и эффективное снижение давления при лежании на мягком матрасе; подушки с гелем; противопролежневый матрас.

2. Смена положения в постеле каждые 2 часа: положение Симса; полусидячее положение; положение «лежа на животе»; положение «лежа на спине».

3. Постельное белье : хлопчатобумажное; одеяло – легкое.

4. Под уязвимые участки подкладывать валики и подушки из поролона.

5. Перемещение пациента осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая его над постелью.

6. Не допускать, чтобы в положении «на боку» пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

7. Массаж всего тела, в т.ч. около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа) проводить после обильного нанесения питательного (увлажняющего) крема на кожу.

8. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, использовать жидкое мыло. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями.

9. Не допускать чрезмерного увлажнения и сухости кожи: при чрезмерном увлажнении – подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости – увлажнять кремом.

10. Максимально расширять активность пациента. Поощрять его изменять положение: поворачиваться, используя поручни кровати, подтягиваться.

11. Постоянно поддерживать комфортное состояние постели, стряхивать крошки, расправлять складки.

12. Определение количества съеденной пищи (количество белка – не менее 120 г, аскорбиновой кислоты – 500–1000 мг в сутки).

13. Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки.

Профилактика и консервативное лечение:

Согласно приказа МЗ Украины № 646 от 05.10.2011г. «Порядок медицинского обслуживания граждан центрами первичной медицинской (медико-санитарной) помощи» под наблюдение семейным врачом попадает 1 и 2 стадии, 3 и 4 проходят лечение в хирургическом стационаре.

Пролежневые язвы, I стадия:

1. Защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов,

2. устранение длительного непрерывного давления, переворачивание пациента в кровати через каждые 2 часа,

3. Применение средства, направленных на снижение силы давления,

4. Местное лечение: тщательный туалет области измененной кожи,

5. Накладывание приклеивающейся полиуретановой пленочной повязки (прозрачные пленки).

Пролежневые язвы, II стадия:

1. Туалет раны в условиях перевязочной. Удаление эпидермиса в местах образования пузырей и общего загрязнения,

2. Применение специальных повязок: прозрачные приклеивающиеся пленочные повязки; вафельные гидроколлоидные или гидрогелевые повязки; полупроницаемые пенопластовые повязки,

3. Появление признаков воспаления – немедленно назначить антибактериальную терапию в сочетании с более частой сменой повязки.

Пролежневые язвы, III стадия:

Задачей лечения является: удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания. Санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов: некролитические препараты (коллагеназа, трипсин, химотрипсин); дегидратирующие – гиперосмолярные препараты; средства, улучшающие микроциркуляцию (трибенозид); противовоспалительные средства (дексаметазон, преднизолон); стимуляторы репаративных процессов (метилурацил, мазь каланхоэ). Применение мазей на водорастворимой

основе – аргосульфам крем. Для ослаблення неприємного запаху використовують 0,75% метронідозолового гелю. При обильном отделяемом из язвы используют пенопластовые повязки. Для язв с минимальным отделяемым применяются гидрогелевые повязки.

Пролежневые язвы, IV стадия:

Применяют медикаментозные средства III стадии+Методы физического воздействия: УЗ обработка язвы, воздействие УВЧ в тепловой дозе, фонофорез с антисептиками, электрофорез антибиотиков, воздействие на ткани низкоинтенсивным лазерным излучением, дорсанализация окружности пролежня, стимуляция раневой поверхности постоянным током, грязевые аппликации и электроакупунктура.

Использованная литература:

1. Общий уход за больными. Н.В.Туркина, А.Б. Филенко, Москва, 2007 – С. 550.
2. Профилактика и лечение пролежней., З.В.Базилевская. – Киев, 1992. – С. 315.
3. Журнал «Медсестра». Инновации в уходе за пациентами с пролежнями. № 8, 2010 г. – С. 126.
4. Анестезиология и интенсивная терапия: справочник практикующего врача / Под общ. ред. Б.Р. Гельфанда. – М.: Литерра, 2005. – С. 544.
5. Петч Б., Мадленер К., Сушко Е. Гемостазиология. – Киев: Здоровье, 2006. – С. 287.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД У КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

КЛІТИНСЬКА О. В.

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри стоматології дитячого віку

ДЕМЧИК І. М.

магістрант кафедри стоматології дитячого віку

Державний вищий навчальний заклад

«Ужгородський національний університет»

м. Ужгород, Україна

Актуальність теми. Досі у стоматології актуальним залишається пошук немедикаментозних засобів для профілактики карієсу та захворювань пародонта, особливо в дитячому віці [2–4]. Особливо це необхідно на фоні підвищеної алергізації населення [4; 8; 10]. Мінеральні води, з метою їх застосування